

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA
Rua Pirapitingui, 114 - São Paulo, Brasil

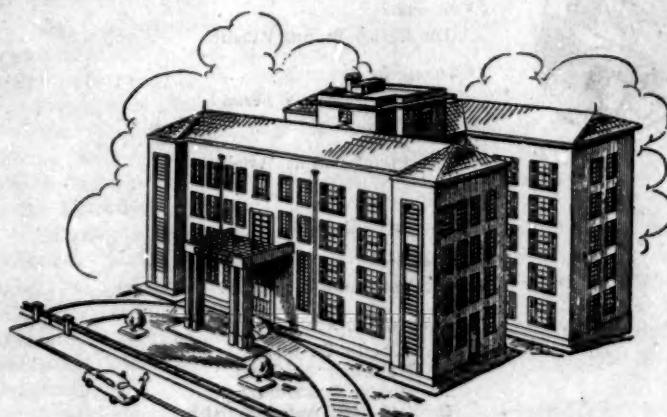
VOL. XIV

MARÇO DE 1953

N.º 9

Sumário:

	Pág.
<i>Carcinoma da mama</i> — Dr. DOMINGOS LERÁRIO	131
<i>Cryptorquidia</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	137
<i>Ausência congênita de vagina</i> — Dr. WALDEMAR MACHADO	139
<i>Relatório do II Congresso Brasileiro de Procto- logia</i> — Dr. CESÁRIO TAVARES	142



Sanatório São Lucas

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Editado mensalmente pelo SANATÓRIO SÃO LUCAS
(Instituição para o progresso da Cirurgia)

sob a direção de:

Dr. ADHEMAR NOBRE

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil



Orgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

DIRETORIA 1953 - 1954

Presidente:

Dr. Ademar Albano Russi.



Vice-Presidente:

Dr. Paulo G. Bressan.

1.º Secretário:

Dr. Eurico Branco Ribeiro.

2.º Secretário:

Dr. José Saldanha Faria.

1.º Tesoureiro:

Dr. Elza Leontina Avieksts.

2.º Tesoureiro:

Dr. Jacyr Quadros.

Bibliotecário:

Dr. Luiz Branco Ribeiro.

Conselho Consultivo:

Dr. Roberto De Luca.

Dr. Waldemar Machado.

Dr. Moacyr Boscardin.

Dr. João Noel von Sonnleithner.

Dr. Adhemar Nobre.

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIV

MARÇO DE 1953

N.º 9

Carcinoma da mama (*)

Dr. DOMINGOS LERÁRIO

“Carcinoma da mama, trabalho de cirurgia” é o cabeçário da monografia de Henri Hartmann sobre câncer da mama, publicada em 1951. Entretanto, neste Congresso, vamos encontrar o mesmo tema como assunto oficial para ser debatido em reunião de ginecólogos e obstetras. Vê-se, portanto, que o assunto já passou para a ginecologia, justificando a sua escolha como tema oficial deste cláve.

São, pois, de felicitações, as minhas primeiras palavras, somente merecendo aplausos e parabens a Comissão Organizadora do Congresso pela escolha do mesmo.

Pertencerá, realmente, a mama, à ginecologia? Sob o ponto de vista funcional, considerando que a glândula sofre alterações cíclicas decorrentes da ação dos hormônios ovarianos, é bem justo que se entregue aos ginecologistas o estudo desse sector do organismo feminino.

Certas manifestações, como a mastodina, turgor dos seios, sensibilidade dolorosa periódica apresentada pela mulher, são orientadas pela própria paciente para o ginecologista, constituindo ponto de grande importância, que proporciona a nós, especialistas, poderosa arma de combate, facultando o descobrimento de qualquer crescimento neoplásico em fase inicial ou no início da fase de efervescência.

Finalmente, a possibilidade de certas formações tumorais benignas, como a mastopia crônica, com evolução longa e que, abruptamente passam a degenerar, transformando-se em lesões

(*) Co-relatório do tema oficial do I Congresso da FIASOG e VIII Argentino de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em 1952 em Buenos Aires, apresentado à Sociedade Médica São Lucas em sessão de 9 de fevereiro de 1953.

malinas, faculta ao ginecologista surpreender tais modificações na fase de transição, na fase em que a lesão benigna transforma-se em maligna.

Sabemos como a neoplasia passa, em geral, longo espaço de tempo sem entrar no período de efervescência. Durante longo período, permanece o tumor mais ou menos estacionado. Nas nossas estatísticas, baseadas em 212 casos estudados, encontramos um tempo de evolução aproximado de três anos. Isto significa que uma paciente leva três anos com nódulo mamário antes que o mesmo se transforme em câncer, cuja sintomatologia obrigue a paciente a procurar o médico. Preconizando uma atitude ativa, logicamente, iremos descobrir a neoplasia nesse período de evolução lenta, conseguindo-se, assim, estabelecer a profilaxia do carcinoma, tentando extirpar o câncer no seu estadio inicial. Quanto mais precocemente intervirmos, tanto melhores serão os resultados.

Inspirados em tal concepção, instalou-se um "Ambulatório de mama" no serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a cargo do Prof. José Medicina, onde trabalhamos.

Esse serviço funciona desde fevereiro de 1948. Desde então, são sistematicamente examinadas as mamas das doentes que procuram o Ambulatório de Ginecologia, queixosas de qualquer ginecopatia. Posteriormente, de um ano para cá, por ser esse trabalho muito laborioso e em desproporção aos casos encontrados, mudou-se a orientação e, em vez de fazer-se o exame sistemático das mamas das pacientes que procuravam o Ambulatório de ginecologia, passamos a indagar, apenas, si as mesmas eram portadoras de nódulos tumorais, ou se apresentavam queixas referentes a essas glândulas. As pacientes que, por ventura, refiram a presença de nódulos ou qualquer queixa do aparelho mamário, são submetidas a rigoroso exame.

As mamas são cuidadosamente examinadas pela inspeção e pela palpação. A presença de nódulos implica automática e sistematicamente na retirada dos mesmos, e a retirada dos nódulos constitui capítulo que, ao nosso ver, é de sua importância, e que não pode deixar de ser tratado com todo o carinho. Refiro-me à biópsia da mama.

A biópsia da mama constitui, para nós, o ponto crucial na prevenção dos carcinomas da mama. *Nódulo diagnósticado é nódulo retirado.*

A biópsia, em verdade, não é operação simples, como induzem a pensar alguns autores. Constitui operação bastante delicada, e que não pode ser praticada por médico mal orientado sem que se agrave consideravelmente o prognóstico e a evolução do caso.

A biópsia exige umas tantas condições, como incisão ampla e nunca incisão pequena, fugindo-se da chamada incisão estética.

Em se tratando de carcinoma, a estética deve ser posta de lado, porquanto muitas vezes podemos salvar a estética, mas perder a doente. Preconizamos, assim, incisões amplas, que nos permitam retirar o nódulo tumoral amplamente, na sua totalidade, circundado por massa de tecido sadio, o que permite não sómente o diagnóstico histológico da lesão, como, simultaneamente, proceder à cura do processo pela extirpação total do tumor.

Adotamos, de algum tempo para cá, a incisão em semi-lua, ao nível do sulco mamo-peitoral. Incisão ampla, permite bascular a mama para cima, o que facilita o esvaziamento com retirada dos nódulos. No caso de esvaziamento mais amplo, pode-se recorrer à gordura da região epigástrica para obter tecido gorduroso pediculado que transferido a região mamária, servirá de enchimento, providenciando-se, assim, a conservação mais ou menos cuidadosa da estética mamária.

Pela biópsia, pode-se, ainda, estabelecer a cura de tumores na sua fase inicial.

A biópsia deve ser encarada com especial carinho, evitando-se a propagação do processo, tendo-se o cuidado de não abordar o tumor na sua parte interna. Este deve ser retirado "intotum", com envoltório de tecido sâo.

Em nosso serviço, procedemos à biópsia com bisturi e enviamos a peça retirada para exame anátomo-patológico, não recorrendo ao corte em congelação. Não somos adeptos deste processo, por julgarmos que apresenta algumas falhas com apreciável percentagem de êrro. Além disso, não julgamos que uma espera de 36 a 48 horas, tempo decorrido entre a biópsia e o resultado anátomo-patológico, seja motivo de agravamento ou alteração no prognóstico do câncer da mama.

A biópsia de congelação pode acarretar êrro porque, às vezes, um processo benigno em transformação, sómente revela o foco de transição quando examinado sistematicamente em cortes seriados, o que não é fácil de se conseguir na biópsia de congelação.

A biópsia, ao nosso ver, é o recurso máximo da semiologia, que facilita melhorar as estatísticas do câncer da mama.

Quanto a outros processos semióticos, lembrai-nos a "mamografia contrastada", recurso soberano nos casos de mama sangrante, quando nenhum recurso da semiologia pode ser mais apropriado. No tocante, porém, à "mamografia simples", julgamos que não pode substituir a biópsia, porquanto, desde que a radiografia nos revela a presença de processos neoplásticos, sejam malignos ou benignos, o recurso que se impõe é a cirurgia. Logo, si tivermos que recorrer à cirurgia, mais vale recorrer a ela desde o início, poupando tempo à doente e acobertando-a de real perigo.

Não resta dúvida que a radiografia simples da mama pelo film "no screen" tem sua indicação nos casos avançados, de mamas grandes, nos casos em que a biópsia não permita abordar os

nódulos na sua totalidade, particularmente nos casos suspeitos de malignidade, em que acompanhamos a evolução de um processo tumoral benigno, com o exame periódico da doente.

E' claro que se examinarmos uma doente de 6 em 6 meses, não nos será facultado recorrer à biópsia todas as vezes, por simples medida preventiva. Prático, nesses casos, é a radiografia simples periódica, que permite acompanhar a evolução do processo e salvaguardar a paciente de possível degeneração neoplástica.

A galactografia tem sua indicação nos casos de tumores intracanaliculares responsáveis por secreção patológica, enquanto que a radiografia simples da mama reserva-se para as mamas grandes, e para os casos em que se deseja acompanhar a evolução de processo neoplástico possível de degeneração, pelo exame periódico.

Finalizando, devemos concluir que cada caso em si merece estudo detalhado. De modo geral, recorremos sistemáticamente à biópsia nos casos de nódulos mamários. A galactografia é praticada nos casos de mamas com secreções patológicas. Recorremos à radiografia simples nos casos de tumorações grandes, de diagnóstico clínico não muito esclarecido, e nos casos de processos benignos em observação periódica, com possibilidade de transformação maligna.

Com referência à transiluminação, achamos o processo de pouca valia e não o empregamos a não ser em condições excepcionais.

Nos casos de mama sangrante, nos quais se reconhece a presença de papilomas intracanaliculares pela radiografia contrastada, a injeção intracanicular de azul de metileno ou qualquer outro líquido corante, tem sido usada para facilitar a extirpação de todo processo neoplástico.

Uma vez injetada a substância corante, procedemos à retirada de toda a região tinta de azul, fazendo-se, desse modo, a profilaxia, pela ressecção completa da zona afectada.

A biópsia por punção está excluída da nossa orientação.

Diagnosticado o carcinoma da mama, a paciente é internada para ser submetida a intervenção cirúrgica. Vejamos, então, qual a orientação seguida no nosso serviço.

Mastectomia radical, tipo Halséad, com irradiação post-operatória três a quatro semanas depois.

As pacientes, inicialmente, são submetidas a uma radiografia dos pulmões, ossos longos e coluna, e a exame cuidadoso da fossa supra-clavicular. Sómente os carcinomas gráu I e gráu II são operados.

Devemos ressaltar que as peças operatórias enviadas ao anatomo-patologista são cuidadosamente examinadas afim de se excluir a invasão dos gânglios axilares, tendo-se assinalado casos com gânglios axilares não palpáveis e que pelo exame histológico

são reclassificados e incluídos no carcinoma gráu II, em virtude da descoberta de gânglios invadidos pelas células neoplásicas. Unicamente os carcinomas gráu I e gráu II são operados, em nada interferindo a presença ou não de ulcerações cutâneas.

O critério de operabilidade é baseado tão somente na invasão ganglionar e na fixidez do tumor. Operamos, pois, tumores localizados na mama, ulcerados ou não, com invasão ganglionar da axila, sendo os gânglios axilares o marco que delimita o campo de operabilidade nesses casos. Fora desse limite, o carcinoma da mama passa para a alçada exclusiva da roentgenoterapia.

A irradiação pós-operatória é feita em serviço à parte, pois trabalhamos em hospital centralizado, e todo serviço roentgenterápico é orientado para a clínica especializada.

Nossos casos. — No período de quatro anos, tivemos 91 doentes, das quais 25 foram internadas por serem portadoras da Ca.

Considerando que o número de casos ainda não nos autorizaria conclusões, recorremos a três outros serviços do Hospital das Clínicas de São Paulo, serviços de cirurgia, conseguindo reunir 212 pacientes.

Resultados. — A mais jovem das pacientes apresentava-se com 23 anos de idade, e a mais idosa com 78 anos. A incidência do carcinoma da mama foi evidenciada com maior percentagem entre os 40 e os 50 anos. Os valores encontrados nessa década são em número absoluto de 86 casos, num total de 212 (40,56%), catalogados em períodos de 5 anos, temos que a maior incidência de carcinoma, em nossas doentes, observou-se entre os 46 e os 50 anos, com o total de 50 casos (24,15%), vindo, a seguir, o quinquénio de 41 a 46 anos, com 36 casos (16,09%).

Com referência à cor, 184 doentes eram brancas (86,79%), 27 pretas (12,73%), 18 pardas (8,49%) e 3 amarelas (1,41%).

Das 212 pacientes examinadas, 145 eram casadas (68,34%), 46 viúvas (21,69%), e 21 eram solteiras (9,90%).

Um dado interessante foi o referente ao tempo de queixa, que era de 3 anos em média.

Quanto ao lado, 116 (54,71%) pacientes apresentavam carcinoma do lado esquerdo, 90 casos (42,45%), do lado direito, 5 casos (0,23%) de carcinoma bilateral, e 1 caso sem referência.

No tocante ao número de filhos, vamos encontrar uma disparidade bem flagrante entre as doentes que não apresentavam gestação — 26 casos (12,25%), com as doentes que apresentavam uma ou mais gestações, 154 casos (72,64%). Os números encontrados foram os seguintes: para as doentes que jamais tiveram gestação — 26 casos (12,26%); doentes com um filho — 12 casos (5,66%); doentes com 2 a 4 filhos — 33 casos (15,56); doentes com número de 5 a 9 filhos — 34 casos (16,93%); doentes com mais de 10 filhos — 18 casos (8,49%), sendo que o máximo de fertilidade foi referido numa paciente com 16 filhos, em 32

pacientes não encontramos referência alguma quanto ao número de filhos. Vemos, portanto, que as pacientes portadoras de câncer apresentavam-se incluídas nos grupos das que tiveram de 2 a 9 filhos, sendo que aquelas com mais de 5 e com menos de 9 filhos, apresentaram incidência maior de carcinoma da mama, com número máximo de 24 casos (16,03%).

Queremos assinalar que na orientação cirúrgica, não levamos em conta o gru de malignidade, mas a localização e a invasão ganglionar.

Com respeito ao tipo histológico de carcinoma, os resultados encontrados foram os seguintes:

Carcinoma sólido, 67 casos; Adenocarcinoma, 34; Ca sólido esquiroso, 18; Ca glandular sólido, 14; Ca de ducto, 13; Adenocarcinoma esquiroso, 6; Ca sólido + mast. crônica, 18; Ca sólido esquiroso + mast. crônica, 7; Ca de ducto + mast. crônica, 6; Adenocarcinoma + mast. crônica, 9; Mast. crônica em transformação carcinomatosa, 10; Ca gelatinoso + mast. crônica, 2; Ca medular + mast. crônica, 1; Ca modular, 3; Adenocarcinoma anaplásico, 2.

Além desses, observamos 2 casos de sarcoma, sendo um sarcoma fuso celular e um adenosarcoma.

A análise dos casos fornece dado muito expressivo: a mastopatia crônica está associada em 55 casos, o que corresponde a 25,99% dos casos. Outro ponto para o qual queremos chamar a atenção é a verificação de 10 casos de mastopatia crônica em transformação carcinomatosa, surpreendendo-se a neoplasia no estadio que chamaremos de carcinoma gráu zero.

Quanto ao tratamento, o mesmo inspirou-se nos preceitos anteriormente assinalados, praticando-se a mastectomia em 145 casos (68,89%). Os casos restantes, por apresentarem condições de inoperabilidade, foram encaminhados à roentgenterapia.

A análise dos casos do serviço de Ginecologia, em particular, apresenta o seguinte resultado: Mastectomia radical — 17 casos; Roentgenterapia — 8 casos.

A esses casos podemos acrescentar 4 outros de mastopatia crônica com intensa hiperplasia epitelial e que foram submetidos ao esvasiamento da mama, sendo um caso bilateral.

Considerando que no período de 4 anos foram atendidos no serviço de mama 91 pacientes, num total de 18.000, concluímos que 6,1º/oo (por mil), de pacientes são portadores de processo mamário, e destas, 26,81% apresentam câncer desse órgão.

Finalizando, queremos apresentar escusas pela impossibilidade de referir os resultados terapêuticos. Isto decorre do fato de estarmos observando as pacientes apenas há 4 anos. Considerando que o número delas tem aumentado com o correr do tempo, os casos do primeiro ano de observação não são em número suficiente para permitir qualquer conclusão judiciosa.

76 casos de criptorquiádia, que se refere a casos operados em diferentes idades, de 6 meses a 18 anos, e que se dividem em criptorquiádia primária e secundária, ou seja, criptorquiádia que surgiu devido a cirurgia, infecção, traumas, etc.

Criptorquiádia (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Diretor do Sanatório São Lucas.

Em poucas palavras podemos resumir a nossa experiência diante do problema da criptorquiádia — pequena experiência, pois que temos apenas 76 casos fichados no Sanatório São Lucas.

O tratamento, para ser eficiente, tem que ser precoce — precoce no sentido de agir logo que se verifique a persistência da glândula fora de seu sítio normal e isso se poderá afirmar por volta dos 6 anos de idade. A esse tempo, se se palpa o testículo ao nível do canal inguinal, pode-se ensaiar a hormônio-terapia em pequenas doses, controlando os seus efeitos sobre um possível desenvolvimento extemporâneo da masculinidade da criança. A orquidopexia apresenta seus melhores resultados dos 8 aos 10 anos e será útil até os 12 anos e possivelmente ainda até um pouco mais tarde. Depois dos 14 anos, o testículo ectópico já não se desenvolve, embora sendo fixado na bolsa escrotal. Apenas para efeito psíquico se fará a intervenção depois dos 14 anos e já assim procedemos em três oportunidades. A intervenção também será aconselhável para evitar a superveniência de complicações costumeiras, como a torção e o cancer e, sob tal propósito, em se tratando de indivíduos adultos, o mais aconselhável é fazer-se a castração. Já tivemos o desagrado de operar tardivamente um caso de cancer em testículo ectópico abdominal em indivíduo de 29 anos. Quanto à torção, ela pode dar-se também na infância, e, em tal eventualidade, — urge intervir sem perda de tempo, a fim de salvar a glândula e fixá-la na bolsa escrotal. Tivemos a oportunidade de publicar 3 casos de torção de testículo ectópico, referindo então a escassa literatura médica brasileira sobre o assunto.

No tratamento cirúrgico da criptorquiádia, temos empregado a técnica de Ombredanne, que consiste na transposição através do septo escrotal, levando o testículo ectópico para a bolsa do lado oposto e diminuindo com pontos de sêda fina o orifício por onde passou. E' desnecessário acrescentar que a técnica do isolamento e alongamento do cordão é muito delicada e está sujeita a aciden-

(*) Apresentado a uma reunião do Congresso do Colégio Americano de Cirurgiões realizado em São Paulo em Fevereiro de 1938.

tes irreparáveis, como a secção de vasos, comprometendo a irrigação da glândula, e mesmo a secção do deferente, cuja reconstituição na infância é praticamente impossível, dada a exiguidade do seu lume. Já tivemos dois casos de atrofia posoperatória. Um recurso aconselhado para facilitar o alongamento do cordão é a secção dos vasos epigástricos e se houvermos recorrido a ele em um dos nossos casos talvez a atrofia não se tivesse dado, pois no ato operatório havíamos notado que era grande a tensão do cordão, a isso se devendo, provavelmente, a perda da irrigação e a atrofia consequente.

Estas ligeiras considerações condensam a orientação que a nossa experiência nos impõe e não têm a pretensão de firmar doutrina em um terreno em que há muitos cirurgiões mais experientes e mais profundos no assunto.

Ausência congênita de vagina (*)

(OPERACAO DE FALLS)

Dr. WALDEMAR MACHADO

Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas. Ginecologista e Obstetrá e Ginecologista da C.A.P. de Serviços Públicos em São Paulo.

Tivemos a oportunidade de receber da clínica do Dr. Eurico Branco Ribeiro um caso de ausência congênita de vagina, anomalia bastante rara. As estatísticas dão a presença de 1 para 5.000 enquanto outra dá a frequência de 1 para 83.000 casos. De um modo geral pode-se dizer que é falha a estatística, pois, o relato só se refere aos casos examinados, enquanto um grande número permanece ignorado, por seus portadores não desejarem consultar-se por essa causa ou por desconhecerem-no. No arquivo do Sanatório São Lucas é o primeiro caso em 33.000 fichas.

A ausência congênita de vagina pode apresentar-se só ou associada à do útero e trompas, segundo o ponto de falha de união e desenvolvimento dos canais de Muller, pois, a origem embriológica desses órgãos é a mesma. A diferenciação já se processa em embrião de 20 a 25 mm. ou seja no fim do 3.º mês.

Numerosas são as técnicas apresentadas para resolver essa anomalia, datando a primeira de 1817, de autoria de Dupuytren, que consistia na dissociação do espaço vésico-retal, que foi repetida em 1823 por Vileune; Heppner (1877) pratica o revestimento do canal por uma plastica pediculada, obtida pelo desdobramento da mucosa dos pequenos lábios; em 1898 Albe é bem sucedido em um caso em que faz o revestimento do canal com enxertos de Thiersch; Forgue (1901) empregou enxertos livres, recobrindo um dedo de luva cheio de gaze, com sucesso; Dupuytren mantem o novo canal aberto com tamponamento de gaze e Albe usa um molde de borracha; Gersu-ni apresenta a técnica em que utiliza um segmento intestinal para revestir o canal vaginal, retirando do reto um retalho anterior, que é suturado à face posterior da bexiga; Baldwin apresenta uma variante em que utiliza um segmento do ileon de 25 a 30 cms; no mesmo ano, 1904, em que Baldwin publicou sua tecnica, Sneguireff demonstra outra, em que se uti-

^(*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em sessão de 15 de dezembro de 1952.

liza da transplantação do reto, com formação de anus artificial definitivo; Schubert (1914) e Popoff (1918) forram o canal vaginal à custa do segmento inferior do reto, com abaixamento da porção distal, restabelecendo a continuidade do canal retal; Graves (1917) aperfeiçoa a técnica de Heppner, com enxertos pediculados tomados das coxas e pequenos labios, que envolve em molde; Kirschner (1930) apresenta técnica em que utiliza um enxerto com retalho, da coxa; Petite Kreis utilizam dois prepucios sem melhores resultados; Brindeau e Brindeau e Burger utilizam um revestimento de molde com membranas ovulares a termo, com o corion para fora e anios para dentro; Kleistman e Parka-Teris utilizam um verniz caseoso para revestir o canal; Frank (1938) propõe método com pressão continua exterior por meio de moldes; Frank e Geist (1938) utilizam um retalho pediculado da vulva para o revestimento vaginal; Lucas Machado (1938) apresenta sua técnica com formação do canal vaginal à custa do peritoneo retro-vesical que é descolado e suturado sobre molde, deslocado para o canal e fixado na extremidade externa à pele; Wharton, no mesmo ano, apresenta técnica em que forma o canal vaginal pela dissociação do espaço vésico-retal, mantido aberto por um molde de parafina, durante três meses; o mesmo AA. apresenta uma modificação em que a parede vaginal posterior é revestida por um enxerto mucocutaneo, por desdobramento dos pequenos labios e pele do perineo; Brady (1940) apresenta uma modificação, utilizando para revestimento do canal o enxerto de pele da coxa. Falls (1940) descreve o seu método que consiste na incisão circular do disco mucoso que oblitera o fundo do vestíbulo, de modo que na dissociação do espaço vésico-retal esse disco mucoso seja levado com a ponta do indicador, de tal maneira que fique ocupando a parte profunda da parede posterior da vagina; este disco, então, proliferando, reveste todo o canal. Mantem-se a luz do canal aberto por meio de um molde de parafina ou matéria plástica ou borracha ou madeira pelo espaço de três semanas.

A história, sucinta, da paciente, é a seguinte: G. N., parda, brasileira, 22 anos, solteira, ps. domesticas; refere que até hoje não teve regras e nunca sentiu cousa alguma, exeto dores no seio todos os meses e às vezes na fossa ilíaca esquerda. Exame: caracteres sexuais femininos, inclusive genitais externos, normais; ausência de himen, com obliteração a esse nível, com pequenos sulcos fechados, não dando passagem ao histerometro; pelo toque retal não se percebe a vagina, nem colo uterino; à esquerda, no fundo de saco lateral, percebe-se pequeno nódulo, provável rudimento do corpo uterino; anexos impalpaveis. Diagnóstico: agenesia de himen, vagina e útero. (hipoplasia uterina?).

Exames complementares: urina, tipo 1, sem anormalidades; glóbulos brancos, 5.000; glóbulos vermelhos, 4.600.000; taxa de hemoglobina, 90%; valor globular, 0,9; T.C. 6 ms; T.S. 2 ms.

Operação: operador Dr. Waldemar Machado, assistente Dr. Luís Branco Ribeiro, anestesista Dr. Roberto Deluca; data 24-10-52. Anestesia: ciclopropano, éter e oxigênio. Descrição da operação: incisão circular no fundo do vestíbulo vulvar, formando disco mucoso que, à introdução dos dedos indicadores direito e esquerdo, formando o neo canal pelo descolamento de planos, até atingir a reflexão peritoneal, numa extensão de 10 cnts, é levado para a parede posterior da neo vagina; verifica-se o canal e sua integridade por meio de valvas. Colocação de molde de vidro (corpo de seringa de vidro de 9 cnts de comprimento), revestido de condon, contendo sôro fisiológico, e deixado *in situ*.

A paciente teve um pós-operatório normal não acusando o menor mal-estar, tendo alta no 13.º dia, em ótimas condições.

AUTORES CONSULTADOS

- Machado, Lucas M. — Nova técnica para formação de vagina artificial. *Rev. de Gin. e Obst.* out. (1936).
- Gomes e Rosa — Ausência congenita de vagina. *Bol. Cl. Hospitais Civis de Lisboa*. Vol. 16, n.º 3, (1952).
- Junqueiro A. e Testes W. — Três casos de ausência congenita de vagina. Vaginoplastia pelo processo de Kirschner-Wagner. *Rev. Bras. Cir.* Dez. 1938.
- Luzes e Rego — Algumas considerações sobre um caso de ausência parcial congenita de vagina. *Bol. Cl. Hospitais de Lisboa*. Vol. 16 n.º 3. (1952).
- Robert H. G. — A ausência congenita de vagina e seu tratamento cirúrgico. *La Sem. des Hôpitaux de Paris*, n.º 77, 18 de out. (1951).
- Encyclopédie Médico: Chirurgicale — Cahier de gynecologie. Editions techniques. S/A (1952).
- Te Linde — Ginecologia operatória — J. Lippincott. N. Y. (1947) 2.º edição.
- Stockel. W. — Tratado de ginecologia. Trad. espanhola.
- Llusia J. B. — Tratado de ginecologia — Editorial Científico Médica — Madrid. — 1950.

Relatório do II Congresso Brasileiro de Proctologia (*)

Dr. CESÁRIO TAVARES

Convidados que fomos pela Sociedade Brasileira de Proctologia, estivemos em Ribeirão Preto, representando a Sociedade Médica São Lucas, no 2.º Congresso Brasileiro de Proctologia, realizado no mês de dezembro p. passado.

Foi para nós grande satisfação, não só por que revemos a antiga capital e rainha do café, que há muito não viamos, como também tornamos a ver colegas de turma e antigos companheiros dos primeiros bancos escolares, que a saudade não nos deixara esquecer.

Apesar de alguns senões, perfeitamente desculpaveis em tais realizações, o 2.º Congresso de Proctologia só merece de nossa parte, os melhores encômios e aplausos.

Queremos deixar consignados aqui os nossos elogios aos esforços e solicitude de Adalberto Ferraz, secretário do Congresso, de quem recebemos inumeras gentilezas, e a Geraldo Avelino Amral, presidente, pela direção e conduta felizes.

O Congresso que se efetuou de 12 a 14 de dezembro último, teve sua instalação solene a 12, com a presença de várias autoridades, entre as quais o snr. Prefeito da cidade, figura simpatica e muito querida pelos municípios.

Discursou brilhantemente na abertura como presidente de honra, o Prof. Zeferino Vaz, Diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que muito exalçou os propósitos e finalidades do Congresso.

Após breves discursos de vários oradores, o tema oficial: "Cancer do colo", foi abordado, bem focalizado e brilhantemente discutido nos seus variados aspectos pelos relatores, Drs. Silvio D'Avila, Edison de Oliveira e Adalberto Leite Ferraz.

Dos temas livres que, naquele dia, depois se seguiram, muito interesse despertaram: Tumor viloso do reto, de Adalberto Ferraz;

(*) Relatório apresentado à Sociedade Médica São Lucas, em sessão de 5 de Janeiro de 1953.

Invaginação intestinal, de Manoel Gabarra, (Ribeirão Preto), com cuidadosa casuística, e Contribuição ao diagnóstico e tratamento da oxiúriase, do Prof. Zeferino Vaz.

O Prof. Zeferino Vaz, parasitologista de mérito, despertou, com seu tema, grande atenção, propondo, o que já faz há cerca de 12 anos, um tratamento simples, eficaz e muito econômico da referida helmintíase: clisteres diários, de solução de água oxigenada, durante 3 noites seguidas, na proporção de 1 e $\frac{1}{2}$ colherada das de sopa em um copo de água (250 cc). As doses para adultos serão naturalmente aumentadas em proporção. Especifica, entretanto, a necessidade de se raspar frequentemente o soalho com palha de aço, esfrega-lo com gasolina, pois em vários exames de material colhido da raspa o número de ovos de oxiúres encontrado foi grande. Acentuou, com alguns casos particulares, o êxito do tratamento por ele proposto.

No mesmo dia, após as sessões, por convite do Prof. Zeferino Vaz, tivemos oportunidade e grande entusiasmo de conhecer a sede da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que dispõe de vários edifícios, amplas instalações e extenso terreno, pois fôra anteriormente sede da Escola da Agronomia. O conjunto é surpreendente, o cenário belíssimo, e, se se realizarem os projetos e propósitos do dinâmico diretor, que conta com a melhor boa vontade dos poderes públicos, será, talvez, a mais bem dotada, melhor aparelhada faculdade do país.

No dia 13, na parte da manhã, assistimos a demonstrações cirúrgicas: na Santa Casa, onde o Dr. Silvio d'Avila operou um caso de procedência do reto; na Beneficência Portuguesa o Dr. Daher Cutait e assistentes realizaram uma intervenção abdômino-perineal por megacolo, em sequência.

À tarde, dos temas livres apresentados merecem menção pelo interesse despertado, e consequentes discussões: Tumores amebianos do grosso intestino, do Dr. Haroldo Sodré; Sacro-premente: fixação de Degni, Dr. Daher Cutait.

Fernando Chammas expôe, com clareza, a sistematização do exame radiológico do colo e reto, e diagnóstico radiológico das malformações congênitas ano-retais.

Braz Filizola Filho de Belo Horizonte, provocou amplos debates com a sua comunicação sobre a importância da colheita do fragmento alto da mucosa do reto nas biopsias retais para o estudo da esquistosomíase.

O tema oficial teve como relator o Dr. Pedro de Sousa Campos, que discorreu longamente sobre Prurido anal.

A noite, a Sociedade Recreativa e de Esportes ofereceu aos congressistas um baile, que se revestiu de grande brilho e entusiasmo com desfile de modas da Fábrica Bangú, e escolha da "miss" que representaria Ribeirão Preto.

No último dia, na sede do Centro Médico, assistimos a projeção de filmes científicos, que despertaram real interesse: Tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, onde se mostraram as técnicas de Adalberto Ferraz e Silvio d'Avila.

Falaram, nesta ocasião, o Dr. Daher Cutait sobre ferimentos do colo e reto, como tema livre.

Deixou-nos grata lembrança o almoço comemorativo em amplo salão do Hotel Aurora, pela sã camaradagem e pela alegria reincidente, em um ambiente festivo, e a visita que fizemos ao Educandário Dna. Sinhazinha Junqueira, obra de grande alcance social e humana solidariedade, exemplo que os nossos homens de caráter e posses deveriam imitar, na rota para a formação de um povo mais sadio, melhor ajustado, e de maior potencial no concerto das nações.

Tivemos, no período da tarde, a discussão de alguns temas livres, com projeções ilustrativas e o tema oficial relatado pelo Dr. Luiz Pinto Toledo, que, com muito felicidade, abordou e dissertou sobre Medicina Psicosomática em Proctologia, tema que se tornou muito atraente e interessante pela clareza da exposição.

Não podemos deixar de lembrar aqui, com saudade o nosso colega Dr. José Avelino de Freitas, do Rio, que, com seu espírito brilhante, sua cultura e facundia, foi a nota humorista do 2.º Congresso Brasileiro de Proctologia, a urbanidade e gentileza do Prof. Zeferino Vaz, o trato sempre amigo de Adalberto Ferraz, e o espírito de sã camaradagem de todos os congressistas.

E por tudo isto, que sempre guardarei, como lembrança feliz, o 2.º Congresso Brasileiro de Proctologia.